



ห้างหุ้นส่วนจำกัด ยะรัง เมดิคอล แอนด์ เซอร์วิส (สำนักงานใหญ่)
เลขที่ 174/98 หมู่ 3 ตำบลยะรัง อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี 94160
โทร.080-548-5044 Email : weeyarang@gmail.com
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0943562000351

ใบกำกับภาษี/ใบส่งของ

(เอกสารออกเป็นชุด)

เลขที่ใบส่งชื่อ :

วันที่

25 / 9 / 63

พนักงานขาย : อับดุลฟาริด

เลขที่

IV6309-052

นามลูกค้า : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหลมโพธิ์
เลขที่ : หมู่ 4 ตำบลแหลมโพธิ์ อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี 94150

TAX ID : 0994000602090 Tel. 080-8723232

บุคคลติดต่อ :

จำนวน	หน่วยนับ	รหัสสินค้า	รายการ	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน
500	ซอง	-	ทรายอะเบท 1% W/W	10.00	5,000.00
2	ขวด	-	น้ำยาฟันทุง ขนาด 1 ลิตร	2,500.00	5,000.00
100	ขวด	-	โลชั่นกันยุง ขนาด 60 มล.	50.00	5,000.00
50	กระป๋อง	-	สเปรย์ฆ่ายุง ขนาด 600 มล.	100.00	5,000.00

ยอดเงิน

18,691.59

หมายเหตุ: ในกรณีสินค้าชำรุด หรือขาดตกบกพร่อง โปรดแจ้งภายใน 7 วัน

ภาษีมูลค่าเพิ่ม

1,308.41

จำนวนเงิน

สองหมื่นบาทถ้วน

รวมจำนวนเงินทั้งสิ้น

20,000.00

ได้รับสินค้าตามรายการข้างบนไว้ถูกต้องในสภาพเรียบร้อยแล้ว

ลงนามผู้รับของ

วันที่ 25 / 9 / 63

ลงนามผู้ส่งของ

วันที่ / /

ผู้มีอำนาจลงนาม

ห้างหุ้นส่วนจำกัด ยะรัง เมดิคอล แอนด์ เซอร์วิส



ห้างหุ้นส่วนจำกัด ะวัง เมดิคอล แอนด์ เซอร์วิส (สำนักงานใหญ่)
เลขที่ 174/98 หมู่ 3 ตำบลยะรัง อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี 94160
โทร.080-548-5044 Email : weeyarang@gmail.com
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0943562000351

ใบเสร็จรับเงิน(ไม่ใช่ใบกำกับภาษี)

(เอกสารออกเป็นชุด)

เลขที่ใบสั่งซื้อ :

วันที่

25/9/63

พนักงานขาย : อับดุลฟาริด

เลขที่

IV6309-052

นามลูกค้า : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหลมโพธิ์
เลขที่ : หมู่ 4 ตำบลแหลมโพธิ์ อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี 94150
TAX ID : 0994000602090 Tel. 080-8723232

บุกกกลดต่อ :

จำนวน	หน่วยนับ	รหัสสินค้า	รายการ	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน
500	ซอง	-	ทรายอะเบท 1% W/W	10.00	5,000.00
2	ขวด	-	น้ำยาฟันยุง ขนาด 1 ลิตร	2,500.00	5,000.00
100	ขวด	-	โลชั่นกันยุง ขนาด 60 มล.	50.00	5,000.00
50	กระป๋อง	-	สเปรย์ฆ่ายุง ขนาด 600 มล.	100.00	5,000.00

ยอดเงิน

18,691.59

ภาษีมูลค่าเพิ่ม

1,308.41

จำนวนเงิน

สองหมื่นบาทถ้วน

รวมจำนวนเงินทั้งสิ้น

20,000.00

ชำระเงินโดย



เงินสด.....บาท



โอนเงิน/Money Transfer.....



เช็ค ธนาคาร.....สาขา..... เลขที่..... ลงวันที่.....

อับดุลฟาริด

หมายเหตุ: โปรดชำระด้วยเช็คชื่อพร้อมในนามของ.ะวัง เมดิคอล แอนด์ เซอร์วิส

ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์เมื่อมีตราประทับเงินจากธนาคารตามเช็คที่ส่งจ่าย

ผู้รับเงิน

ผู้มีอำนาจลงนาม/ผู้รับมอบอำนาจ